

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

166

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul BLANCHARD

Né à Prélèmprey (Isère), le 17 novembre 1902.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

**PATHOGÉNIE DES SYPHILIDES
PIGMENTAIRES**

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul BLANCHARD

Né à Prélemprey (Isère), le 17 novembre 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE DES SYPHILIDES
PIGMENTAIRES

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . . Urologie.

MM.

HOVELACQUE . . . Anatomie.
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) . . . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU Pathologie chirurgicale.
 METZGER Obstétrique.
 MONDOI Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VERNE Histologie.
 VELTER Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 GOUGEROT . . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.

MM.

RETTERER . . . Histologie.
 RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
 TANON Pathologie médicale.
 VILLARET . . . Pathologie médicale.

AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique médicale.
LEREBOULLET. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
LCEPER . . . Clinique médicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique
chez l'adulte pour les accidentés du travail
les mutilés de guerre et les infirmes adultes

FREY.

Stomatologie.

CHAILLEY-BERT.

Éducation physique.

LEDOUX-LEBARD

Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A M. LE PROFESSEUR JEANSELME

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR TERRIS

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

*Qui m'a inspiré le sujet de ce
travail et constamment aidé de
ses conseils.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE GRENOBLE

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PATHOGÉNIE DES SYPHILIDES
PIGMENTAIRES

HISTORIQUE

Les syphilides pigmentaires semblent avoir été signalées dès 1846 par Monneret, puis par Gosselin en 1852.

Mais c'est Pillon en 1855 qui montre leur importance en syphiligraphie.

En 1866, Tanturri parle des syphilides pigmentaires à fond jaune. Elles sont niées en Allemagne et en Autriche où elles semblent en effet relativement rares. Mais c'est seulement à partir de 1880 que l'on approfondit leur étude et en particulier celle de leur pathogénie. Les syphilides pigmentaires sont-elles primitives ou secondaires ?

La première opinion est celle de Fournier, de Brocq, de Barthélemy.

Pour d'autres, au contraire, parmi lesquels Neisser, en Allemagne, Gaucher, en France, c'est une

transformation leucodermique. C'est la lencoderma syphiliticum, la leucomélanodermie post-éruptive.

Danlos et Hudelo affirment l'existence des deux formes entièrement différentes.

De nombreux travaux, thèse de Maireau, de Cailat, de Fisson, de Hazard, de Weill, de Klein, de Rollin, établissent nettement cette distinction entre les syphilides pigmentaires primitives et la leucomélanodermie post-éruptive.

Quel était le mécanisme intime de la production des syphilides pigmentaires, qui, seules, nous occuperont dans cet ouvrage ?

Fournier, en France, Finger, en Autriche, en ont fait une manifestation trophonévrotique de la syphilis. Avec eux notons Renault, Darier, Brissaut, Souques, Lewin et Fisson.

Il semblait que l'histopathologie des lésions pouvait nous donner la clef du problème. Darier, Saitin, Fratalli, Maïeff, Bokhart, Ronchi ont orienté leurs recherches dans cette voie. Mais souvent les conclusions tirées semblent avoir été contradictoires.

Citons encore les études approfondies de Renault, Andry, Gemy, Barcat, Pétresco, celles de Gilbert, Lereboullet et Michel pour qui les syphilides pigmentaires sont produites par la cholémie.

On voit que les travaux sur la question sont innombrables. N'est-ce pas une preuve d'ailleurs qu'elle est délicate ?

Nous avons trouvé une aide précieuse pour cette documentation dans la thèse de Matias faite en

1910 dans ce même service de M. le P^r Jearselme. Conseillé par son éminent maître, il a étudié la question de la pathogénie des syphilides pigmentaires avec une grande autorité.

Dans notre modeste travail, nous n'avons pas l'intention de reprendre l'étude complète de cette manifestation pourtant si curieuse de la syphilis. Nous ferions double emploi avec les travaux précédemment cités.

Mais depuis quelques années les troubles du système sympathique ont été très étudiés dans la part qu'ils pouvaient prendre en pathologie. En dermatologie, en particulier, ils semblent jouer un grand rôle.

De nombreux auteurs ont fait de l'urticaire, du zona, de certains eczémas aigus, de l'herpès, du pemphigus de la sclérodermie, de l'hyperhydrose, de la kératodermie, des purpuras, l'expression clinique d'un trouble des fonctions endocrino-sympathiques.

En serait-il ainsi en ce qui concerne les syphilides pigmentaires ? C'est ce que nous allons essayer de déterminer dans cet ouvrage.

Bien que la participation du système neuro-végétatif dans la production des pigmentations ait été niée par Sézary, par André Thomas, nous trouvons une aide précieuse pour appuyer nos conclusions dans de nombreux travaux récents. Citons ceux de Felugo, de Freymann, de Carrey Pratt et Allen, de Muller, de Langley, de Gaskell, de Pende, de Langdon

Brown, de Harvier, de Guillaume de Pottenger et surtout de Laignel-Lavastine dont le *Traité sur la Pathologie du sympathique* sera le guide autorisé dans les recherches que nous avons entreprises.

DEFINITION ET DESCRIPTION DES SYPHILIDES PIGMENTAIRES LEUR EVOLUTION

Pour Fournier les syphilides pigmentaires sont des lésions syphilitiques apparaissant le plus souvent sur le cou des malades sous forme de bandes, de réseaux, de larges nappes de peau hyperpigmentée circonscrivant des îlots de peau saine.

Dans sa description restée célèbre, il compare l'ensemble de la région à une dentelle plus ou moins ouvrée, à une résille à mailles plus ou moins larges :

« Les zones hyperpigmentées, dit-il, ont une teinte gris cendré qui rappelle la crasse. Les lunules de peau saine paraissent achromiques par contraste avec les tissus environnants. »

Nous ne reprendrons que peu de chose à cette admirable étude clinique, faisant toutefois une réserve absolue en ce qui concerne l'intégrité des lunules dites achromiques.

Siège. — Le cou est atteint 29 fois sur 30 d'après Fournier. Les syphilides pigmentaires siègent quelquefois aux aisselles, à la ceinture, aux flancs, aux jarrets, très rarement à la poitrine et au dos.

Matias explique l'existence de ces lieux de pré-

dilection par le fait que ces zones sont déjà hyperpigmentées normalement.

Le cou, en particulier, en contact constant avec le col des vêtements et exposé aux agents physiques, soleil, froid, présente normalement une coloration plus marquée que le reste du corps. C'est lui qui portera donc de préférence l'empreinte du collier de Vénus.

Aspect. — Les syphilides pigmentaires occupent la région cervicale en totalité ou partiellement. Les zones achromiques, de forme ovale, sont plus ou moins grandes, leur dimension oscillant entre celle d'une lentille, d'un grain de mil, et celle d'une pièce de cinquante centimes. Leur nombre est très variable suivant les malades. Parfois deux ou trois taches d'un blanc un peu nacré tranchent seules sur le fond brun hyperpigmenté. Parfois au contraire elles sont très nombreuses, presque confluentes, séparées seulement par un lacs de mailles très fines et l'on a alors l'impression de dentelle signalée par Fournier.

Variations individuelles. — L'aspect des lésions est très variable suivant les individus. Cela tient à la pigmentation plus ou moins foncée. Chez les malades à carnation brune, l'hyperpigmentation est brun-sépia, café au lait ; chez les blonds, elle est moins nette, gris-jaune sale.

Les syphilides pigmentaires sont rares chez l'homme, fréquentes chez la femme. Matias donne pour raison la tardiveté du diagnostic de syphilis chez cette dernière.

Le chancre étant souvent passé inaperçu, le traitement ne peut être instauré avant l'apparition de la roséole secondaire et des syphilides pigmentaires concomitantes.

Date d'apparition. Durée. — Les syphilides pigmentaires prennent naissance dès le début de la période secondaire.

Pour Fournier, elles sont primitives. S'opposant à cette affirmation, Matias les considère comme consécutives à la roséole cervicale.

Il prouve tout d'abord l'existence de cette dernière, niée par de nombreux auteurs. Elle peut d'ailleurs, dit-il, être très fugace, disparaissant parfois au bout de quelques heures. De plus, elle est tout à fait différente de la roséole généralisée car elle se présente sous la forme d'un réseau érythémateux circiné, localisé. Ce réseau pâlit mais se charge en même temps de pigments. Au bout de huit jours à un mois, l'exanthème a donné place aux syphilides pigmentaires dans leur forme définitive.

Ces lésions vont résister longtemps au traitement syphilitique. Parfois elles vont rester la marque indélébile de l'invasion de l'organisme par le tréponème pâle.

LES DIFFÉRENTES THÉORIES PATHOGÉNIQUES DES SYPHILIDES PIGMENTAIRES

Nous avons vu déjà que pour Fournier, Barthélemy, Brocq, les syphilides pigmentaires sont constituées par une hyperpigmentation, lésion syphilitique primitive.

Matias tout en partant de la même définition les considère comme secondaires à une roséole cervicale fugace.

De nombreux auteurs ont cherché dans une lésion nerveuse le point de départ des syphilides.

Renault parle d'un ébranlement nerveux, Finger et Fisson d'une atteinte des nerfs périphériques.

Brissaut et Souques pour expliquer la situation cervicale des syphilides pigmentaires les rapportent à la métamérie spinale.

Tarrant va beaucoup plus loin encore et les fait dépendre avec la paralysie faciale et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien d'un même processus pathologique. Ravaut a d'ailleurs fourni quelques observations où la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien coexistait avec les syphilides pigmentaires.

On a voulu voir aussi dans l'hyperpigmentation une preuve de lésion des surrénales, mais les rares autopsies faites pour appuyer cette hypothèse n'ont pas donné de résultats probants.

Milian comme Matias en fait une lésion syphilitique locale consécutive à une roséole circonscrite localisée au cou.

La dyscrasie sanguine, l'anémie, la cachexie ont aussi été invoquées, mais il s'agissait sans doute dans ces cas de fausses syphilides pigmentaires.

Sézary rattache les syphilides pigmentaires au vitiligo et aux différentes mélanodermies des syphilitiques. Ce sont toutes, pour lui, des lésions *in situ* et il nie toute participation d'un élément sympathique dans les hyperpigmentations.

Toutes ces théories ont un point commun puisqu'elles placent le siège des lésions au niveau des zones hyperpigmentées et considèrent les lunules achromiques comme entièrement saines.

Sur quoi se basent-elles pour affirmer l'intégrité de ces lunules d'apparence achromique : Tout d'abord sur leur similitude d'aspect avec la peau sur le reste du corps, la teinte plus blanche à leur niveau n'étant, disent-ils, qu'un effet de contraste ; ensuite et surtout sur les examens anatomo-pathologiques.

Ces examens et parmi eux citons ceux de Tanturri, de Darier, de Saintin, de Fratalli, de Maieff, de Bokhart, ont montré qu'alors qu'au niveau des zones hyperpigmentées on trouvait des lésions d'artérite et de thrombose, les plaques achromiques avaient

une texture identique à celle de la peau normale vasculairement et dans leur richesse en pigments.

Sans infirmer ces résultats, nous faisons dès maintenant toutes les restrictions en ce qui concerne l'intégrité des lunules achromiques et les lésions profondes des zones hyperpigmentées.

Nous allons voir en effet, par l'étude de l'observation curieuse d'une malade du service de M. le professeur Jeanselme, que cette opinion ne semble pas entièrement concorder avec tous les faits.

Grâce à l'indulgence de notre éminent président de thèse et à l'aide efficace de M. le Docteur Terris, nous avons pu faire sur cette malade un certain nombre d'expériences.

Pour cela, nous avons employé certains procédés d'exploration clinique du système sympathique entrés depuis quelque temps déjà dans la pratique courante.

Grâce aux travaux d'ensemble des Langley; Gaskell, Pende, Langdon Brown, Muller, Pottenger, André Thomas, Harvier, Guillaume, Laignel-Lavastine, qui nous ont fait connaître les moyens de rechercher cliniquement les réflexes sympathiques des malades, nous avons dans ce domaine des moyens d'étude sérieux dont nous tâcherons de faire l'emploi le plus judicieux possible.

OBSERVATION

Mme D..., 39 ans, vient consulter dans le service de M. le professeur Jeanselme au début de juin 1926.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé. Un frère et une sœur bien portants. Deux frères jumeaux morts de diphtérie à l'âge de 6 mois.

Antécédents personnels. — Rien à signaler dans la première enfance.

Réglée à 13 ans. A cette époque la malade est immobilisée au lit pendant quatre mois par du rhumatisme articulaire aigu, semble-t-il.

Depuis, la malade n'a jamais été bien portante.

C'est vers 18 ans que la malade s'aperçoit de la curieuse réaction que présente sa peau au moindre frottement, au moindre contact. Elle rougit, se boursoufle comme si elle avait été piquée par des orties.

A 21 ans, son mauvais état général persistant sous forme de malaises vagues coïncidant avec une hyperémotivité maladive, elle est examinée par un médecin qui pense à de la tuberculose au début. Mais cet état persiste sans aggravation nette.

A 32 ans, elle se marie : (Son mari est bien portant à cette époque et n'a pas d'antécédents héréditaires ou personnels).

En 1925, elle est soignée à Beaujon pour viscéro-ptose, par des massages.

C'est au début de juin 1926, qu'elle vient pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis en pleine période de syphilis secondaire.

Le chancre est passé inaperçu.

Son mari examiné, à son tour, présente des plaques muqueuses péri-anales et son Wassermann est fortement positif.

Examen de la malade. — On note, à l'entrée, des accidents secondaires particulièrement intenses :

Roséole généralisée floride ; syphilides papuleuses péri-vulvaires ; plaques muqueuses buccales, péri-amygdaliennes et pharyngées, micropolyadénites généralisée. Wassermann fortement positif.

La malade présente de plus un collier de syphilides pigmentaires très accusé. Toute la portion cutanée correspondant à la partie postérieure du cou, aux fosses sus-épineuses, à la partie supérieure de l'espace inter-scapulaire est d'une teinte grisâtre. Cet aspect donne en somme l'illusion d'une peau pigmentée par l'exposition aux rayons solaires.

Mais au milieu de cette surface uniforme, un certain nombre de lunules blanches tranchent par leur différence de coloration.

Elles sont nombreuses, particulièrement sur les portions latérales du cou. Les plus grosses atteignent le diamètre d'une pièce de 50 centimes. Légèrement ovalaires, leur axe est orienté presque horizontalement. Leur contour est

assez net. Jusque-là rien de particulièrement spécial dans cette observation.

Mais, comme nous l'avons dit, la malade présente depuis une époque bien antérieure à sa syphilis une exagération considérable de son dermatographe. Une rayure légère avec l'ongle ou avec une pointe mousse provoque au bout de quelques secondes une raie urticaire très apparente, ne disparaissant qu'au bout de vingt minutes environ. Cette expérience peut être répétée sur n'importe quelle partie du corps ; elle est toujours aussi concluante.

La malade a d'ailleurs eu à plusieurs reprises des plaques urticariennes spontanées accompagnées de prurit intense.

Terminons cette observation en notant le caractère très émotif de notre malade. Dès le début de son traitement commencé par les sels mercuriels pour ne pas troubler les expériences citées plus loin, nous avons remarqué que la malade était vivement impressionnée, devenait pâle, puis écarlate sans causes apparentes.

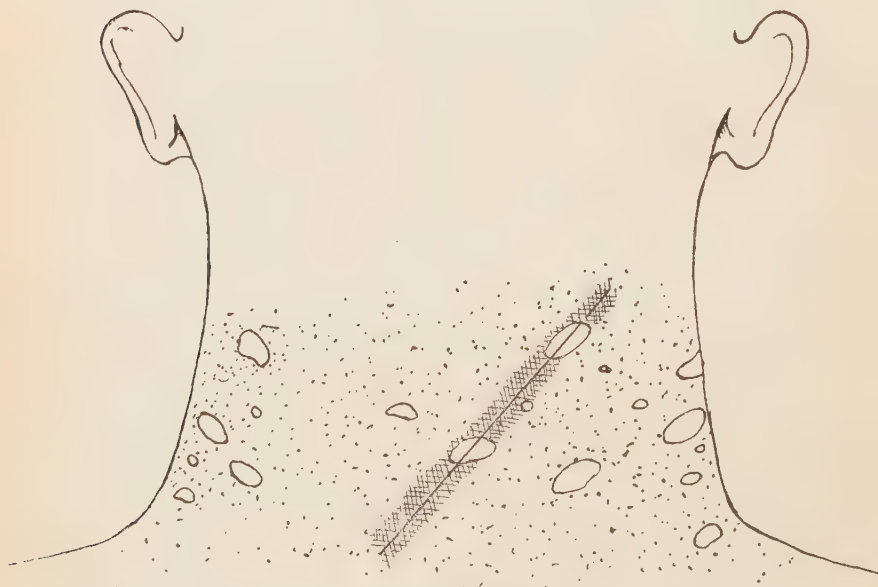
En présence de cette malade présentant des syphilides pigmentaires, du dermatographe et des troubles notable dans le domaine de son système neuro-végétatif, nous nous sommes demandés s'il n'existait pas une relation quelconque entre ces faits. Nous avons cherché à étudier de plus près ces phénomènes cutanés et ce sont ces observations que nous allons citer maintenant.

Elles sont toutes inspirées par la recherche des réflexes sympathiques tels qu'ils sont exposés dans le traité de Laing-Lavastine sur la sympathologie.

RECHERCHE DES RÉFLEXES CUTANÉS

RÉFLEXES VASO-MOTEURS CUTANÉS.

Première expérience. — Avec un objet moussé, on trace, dans la région où se trouvent les syphilides pigmentaires une ligne droite qui tâche de traverser diagonalement quelques lunules achromiques. Remarquons attentivement ce qui va se produire.



Au bout de deux secondes apparaît une raie rose sur toute l'étendue de la ligne tracée, sauf au niveau des lunules achromiques.

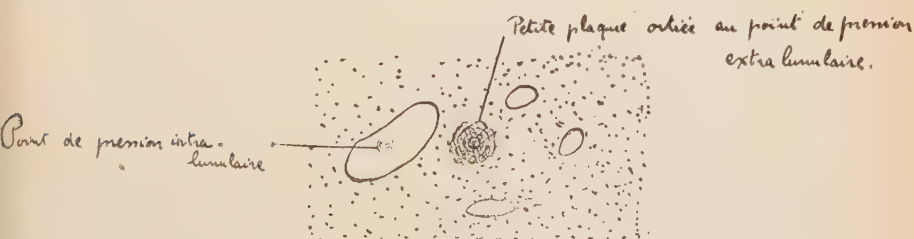
Cette raie rose ne se produit à ce niveau que beaucoup plus tardivement, deux minutes après environ et elle disparaît rapidement.

Pendant ce temps, la raie dermatographique, dans le reste de son étendue, s'est transformée en un bourrelet urticarien de deux à trois millimètres de hauteur et de 5 millimètres de largeur.

Ce phénomène est à son maximum au bout de cinq minutes mais persiste encore assez net au bout de vingt minutes.

Jamais l'érythème urticarien ne se produit au niveau des lunules achromiques. Elles sont entourées parfois, mais jamais leurs contours ne sont entamés.

Deuxième expérience. — Etudions plus exactement les variations du réflexe cutané à l'excitation mécanique, d'une part, au centre d'une lunule achromique, d'autre part, dans la zone pigmentée périphérique.



Pour cela, appuyons avec une pointe mousse, avec la même intensité, en ces deux points.

Au bout de deux secondes, légère rougeur au point de pression extra-lunulaire, rien dans celle-

ci. Au bout de deux minutes, cette rougeur ponctiforme s'est étendue, s'est surélevée, formant une papule urticarienne légèrement ombiliquée en son centre. Dans la lunule achromique, au second point de pression, on aperçoit seulement à ce moment une petite dépression d'un rose très pâle qui disparaît au bout de cinq minutes alors que la papule urticarienne de la zone hyperpigmentée ne disparaît que vingt minutes environ après le début de l'expérience.

Troisième expérience. — Par l'application des tubes chauds au niveau des syphilides pigmentaires, on note :

Une rubéfaction légère de la peau au niveau des lunules achromiques ; mais cette rubéfaction se manifeste simultanément avec une plus grande intensité au niveau des zones pigmentées, des sorte que le contraste de coloration persiste entre ces deux zones.

Quatrième expérience. — Avec des tubes froids, ou avec de la glace, les zones achromiques ne changent pas d'aspect, les zones pigmentées pâlissent.

Si l'on pousse plus loin la même expérience avec l'éther ou le chlorure d'éthyle, l'ischémie de toute la région devient telle que les lunules achromiques semblent s'uniformiser avec les zones environnantes.

RECHERCHE DES RÉFLEXES VISCÉRAUX

Il nous a semblé bon de rechercher, grâce aux réflexes sympathiques viscéraux, quel était le tempérament sympathique de notre malade.

Il est intéressant en effet, de connaître chez elle les troubles possibles du fonctionnement de son système végétatif, tout d'abord, en raison de son dermographisme, ensuite, pour la compréhension des épreuves pharmacologiques qui vont suivre.

RECHERCHE DU RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE.

La compression douce des globes oculaires pendant trente secondes amène une légère diminution de nombre des pulsations cardiaques.

Au début de l'expérience, le nombre des pulsations radiales était de 80 à la minute.

Au bout de trente secondes de compression oculaire, il n'est plus que de 73.

La tension artérielle n'a pas varié : $\frac{14}{7} = \frac{M}{m}$
prise avec l'appareil de Pachon.

Le réflexe oculo-cardiaque est donc nul ou plutôt à légère tendance positive.

Cette recherche, reproduite à plusieurs jours d'intervalle, sans nous donner naturellement des chiffres absolument identiques, à toujours confirmé ce résultat.

RECHERCHE DES RÉFLEXES PHARMACOLOGIQUES GÉNÉRAUX

1^o *Réflexes à la pilocarpine.* — Nous faisons à notre malade une injection sous-cutanée de 1 centigramme de nitrate de pilocarpine.

Au bout de quelques minutes, elle a des nausées et commence à saliver abondamment. La rougeur de la face et de la portion supérieur du thorax est très marquée. La transpiration est profuse. Ces phénomènes persistent au moins vingt minutes et sont très pénibles pour la malade car ils s'accompagnent de palpitations, d'angoisse, de sensation de défaillance.

Le pouls est passé en effet de 80 pulsations à 130, la tension artérielle de 14-7 à 10,5-8,5. La compression oculaire, exercée, alors, ne modifie ni le nombre des pulsations, ni la tension.

2^o *Réflexes à l'adrénaline.* — Quelques jours après nous faisons à la malade une injection intra-musculaire de 1 milligramme d'adrénaline. Nous ne constatons, dans les quelques minutes qui suivent l'injection, qu'une légère accélération du pouls qui passe de 80 à 100 pulsations.

Il n'y a ni tremblement, ni palpitations, ni angoisse ni pâleur de la face.

RECHERCHE DES RÉFLEXES PHARMACOLOGIQUES LOCAUX

Nous sommes revenus à une étude plus locale des syphilides pigmentaires. Pour cela nous avons répété les expériences précédentes avec l'adrénaline et la pilocarpine mais pour la forme d'intra-dermoréactions pratiquées au niveau du cou.

1° *Reflexes à la pilocarpine.* — Nous introduisons quelques milligrammes de nitrate de pilocarpine au voisinage des lunules achromiques sans atteindre la couche sous-cutanée.

Nous voyons se reproduire les mêmes phénomènes que précédemment dans la première épreuve à la pilocarpine mais beaucoup plus atténués, étant donné la dose beaucoup moins forte.

Une rougeur diffuse du cou, du dos et de la face apparaît rapidement. L'examen attentif des lunules achromiques nous montre qu'elles ne participent que pour une faible part à cette congestion générale.

De plus la sudation qui est intense dans les zones hyperpigmentées ne se produit pas au niveau des espaces achromiques.

Nous avons étudié ce phénomène avec des feuilles

de papier à cigarettes d'une part, puis en saupoudrant la région avec une légère couche de charbon végétal finement pulvérisé. Ces deux procédés nous ont montré nettement que les syphilides pigmentaires étaient divisées en deux régions au point de vue de la sudation : Rien dans les lunules achromiques, une sudation normale au niveau des zones hyperpigmentées.

2° *Reflexes de l'adrénaline.* — Un centimètre cube de la solution d'adrénaline à 1/1000 est poussé dans le derme toujours dans la même région.

Il se forme une élévation blanchâtre au point d'injection qui s'étend rapidement dans les tissus environnants pour bientôt former une plaque ischémique à follicules pileux très saillants. Cette plaque qui atteindra un diamètre de 6 centimètres environ est entourée d'un disque rouge de vasodilatation qui s'agrandit à mesure que la plaque s'étend.

Que deviennent nos lunules achromiques ? Comme dans l'expérience précédente, la vasodilatation ne les atteint que faiblement. Ce n'est que lorsqu'elles sont gagnées par la plaque ischémique, qu'elles semblent disparaître ; mais cela tient à leur similitude d'aspect avec cette dernière, car elles reparaissent dès que tout redevient normal, c'est-à-dire dix minutes environ après l'injection.

EXAMEN D'ENSEMBLE DES RÉSULTATS

1° *Etat sympathique général de la malade.*— Nous sommes en présence d'une malade qui présente des troubles certains de son système endocrino-sympathique.

Ces troubles ont pris naissance bien avant sa contamination par le tréponème syphilitique, puisqu'à 18 ans elle présentait déjà son dermographisme et des symptômes d'instabilité glandulaire et sympathique.

Nous ne prétendons pas lui assigner un type pathologique bien déterminé et la ranger dans la catégorie des vagotoniques ou des sympathico-toniques.

Depuis la fameuse théorie viennoise d'Eppinger et Hess de nombreux auteurs se sont élevés contre son excès de schématisation.

Il n'y a pas deux catégories de malades très distinctes en sympathologie. Le même malade réagira différemment suivant l'intensité des épreuves auxquelles on le soumet, suivant la dose du médicament qu'on lui applique, suivant la prépondérance momentanée de tel centre sympathique paralysé ou excité.

C'est ce que résume Laignel-Lavastine quand il dit : « On peut concevoir que dans tous les domaines il n'y a pas à proprement parler de centres excitateurs ou inhibiteurs mais simplement des centres antagonistes qui exercent tour à tour la fonction excitatrice ou inhibitrice suivant la phase du cycle qui est en jeu à chaque moment de l'exercice de leur fonction. »

Cependant s'il nous fallait chez notre malade essayer de déterminer la prépondérance de l'un ou l'autre des systèmes sympathiques nous pencherions chez elle vers une prépondérance de l'action de son système vago-spinal.

En effet, le réflexe oculo-cardiaque est nul ou plutôt à légère tendance positive ; l'adrénaline agit très peu, alors que la pilocarpine amène une violente réaction.

De plus, le dermatographisme coïncide, nous dit Laignel-Lavastine, cinquante-neuf fois sur cent, avec un réflexe oculo-cardiaque nul ou inversé et, dans 33 % des cas, avec un réflexe oculo cardiaque de moyenne intensité, ce qui semble indiquer qu'il est l'expression d'une hyperexcitabilité de tout le système sympathique à prédominance orthosympathique : ce qui explique sa fréquence chez les Basedowiens.

Y a-t-il chez notre malade simple coïncidence entre la présence de syphilides pigmentaires et l'hyperexcitabilité sympathique ? C'est ce que nous essaierons de dégager plus loin.

2° *Conclusions à tirer des épreuves locales.* — Examinons maintenant les conclusions à tirer en ce qui concerne les épreuves locales que nous avons relatées plus haut.

Nous avons à considérer là deux régions : Les lunules achromiques, d'une part, les zones hyperpigmentées, d'autre part.

Les zones hyperpigmentées nous ont toujours donné des réactions analogues à celles des tissus sains :

1° Raie urticarienne bien marquée à leur niveau.

2° Réaction normale à la pilocarpine, à l'adrénaline à la chaleur, au froid.

Les lunules achromiques, au contraire, dans toutes les épreuves, n'ont eu que des réflexes faibles :

1° La raie urticarienne ne s'y produit pas.

2° Il n'y a presque pas de vaso-dilatation à leur niveau par la pilocarpine, la chaleur. Ces résultats sont en contradiction avec l'opinion de tous les auteurs qui veulent voir dans les zones hyperpigmentées une région malade et qui affirment l'intégrité des zones achromiques. Il est curieux, en effet, de voir que chez notre malade ce sont ces lunules, soit disant saines, qui, seules, ne présentent pas les réactions de toute l'étendue du territoire cutané.

De plus, il est étonnant que nous ayons pu provoquer des réactions vaso-motrices aussi considérables, au niveau des zones pigmentées, si elles sont bouleversées autant que l'on a voulu le dire

par l'artérite et la thrombose d'origine syphilitique.

De tout cela ne pouvons-nous pas conclure que les syphilides pigmentaires ne se produisent pas par une lésion locale syphilitique ?

Les syphilides pigmentaires sont des régions cutanées anatomiquement saines, leur aspect, leur pigmentation relève d'un processus général d'instabilité des centres endocrino-sympathiques qui les commandent.

PHYSIO-PATHOGÉNIE DES SYPHILIDES PIGMENTAIRES

Par quel mécanisme intime les troubles endocrino-sympathiques agissent-ils dans la production des syphilides pigmentaires ?

Par deux actions, semble-t-il ; l'une, sur les vaso-moteurs de la région, l'autre, sur la répartition des pigments.

1° Les zones achromiques paraissent apigmentées, soit en raison de la vaso-constriction des vaisseaux, soit en raison de la paralysie de leurs filets vaso-dilatateurs.

2° Les zones pigmentées ont gardé leur perméabilité vasculaire normale. Quant à l'élaboration de pigments à leur niveau, elle semble être, elle aussi, sous l'influence d'un trouble de la fonction pigmentaire dépendant du système sympathique.

D'ailleurs, sans être aussi affirmatif sur ce rôle pigmentaire du sympathique nié par André Thomas, Sézary, la perméabilité des vaisseaux des zones pigmentées ne suffit-elle pas à nous expliquer l'afflux de pigments à leur niveau alors que les lunules achromiques anémiées en contiennent très peu.

Il semble aujourd'hui prouvé, par les travaux de

Matias, Milian, que les syphilides pigmentaires ont leur origine dans un érythème circiné localisé de la région cervicale qui disparaît très rapidement. On a voulu y voir une véritable roséole cervicale. N'est-ce pas plutôt un érythème sous la dépendance directe d'un trouble sympathique comme l'urticaire, le zona ?

Les syphilides pigmentaires présentent une analogie frappante avec l'urticaire pigmentaire bien étudié dans la thèse de Barrière.

Comme elles, l'urticaire pigmentaire n'est constitué, au début, que par un simple érythème qui se charge petit à petit de pigments.

De même, on rencontre l'urticaire pigmentaire chez des malades rentrant dans le domaine des instables au point de vue sympathique. Kaposi, Little citent chez eux de nombreux cas de dermatographie.

Nous pourrions citer encore de nombreux exemples de dermatose avec hyperpigmentation et relevant d'un trouble endocrino-sympathique.

Les pigmentations anormales des tuberculeux, dont Thiéberge cite un cas qui rappelle exactement l'aspect des syphilides pigmentaires, sont manifestement, affirme Darier, de nature sympathique.

Il en serait ainsi pour Laignel-Lavastine de la pigmentation des addisoniens, des cirrhotiques, pour Gaucher et Gougerot des malades atteints de vertigo.

Il semble bien résulter de nos observations que

si la syphilis est le *primum movens* dans la production des syphilides pigmentaires, c'est par troubles du système endocrino-sympathique qu'elle agit grâce à une instabilité particulière de ce système préexistant souvent à l'infection par le spirochète.

CONCLUSIONS PRATIQUES

Y a-t-il chance de guérison ? Comment faire disparaître cette hyperpigmentation ? Nous n'avons en ce moment aucun moyen actif.

Peut-être que l'orientation vers une thérapeutique par des agents physiques ou chimiques à affinités sympathiques donnerait un résultat. Jusqu'alors, le seul remède que nous connaissions est plus préventif que curatif mais doit cependant être mis en œuvre. C'est le traitement syphilitique appliqué si possible dès la période préroséolique.

CONCLUSIONS

1° Les syphilides pigmentaires apparaissent à la suite d'un érythème circiné, fruste et localisé à la région cervicale.

2° Cet érythème est l'expression clinique d'un trouble endocrino-sympathique comme le zona, l'urticaire, le dermographisme.

L'infection syphilitique ne fait qu'accentuer une prédisposition antérieure.

3° Les syphilides pigmentaires, à leur période d'état, sont constituées par des lunules achromiques et des zones hyperpigmentées.

Ces régions sont des zones saines anatomiquement.

4° Les lunules achromiques sont des régions anémiées par la vaso-constriction et véritablement apigmentées.

5° Les zones hyperpigmentées sont des régions dont les vaisseaux sont restés normalement perméables.

Leur hyperpigmentation est provoquée par un trouble de la fonction pigmentaire sympathique. Elle est de nature analogue à celle de la maladie d'Addison, des cirrhoses pigmentaires, de l'urticaire

pigmentaire, des multiples dermatoses pigmentaires des tuberculeux, des syphilitiques, des lépreux.

6° Les syphilides pigmentaires entrent donc dans le cadre, de la sympathologie.

7° Elles ne se produiront que chez des syphilitiques dont le système endocrino-sympathique est en état d'instabilité, d'hyperexcitabilité à prédominance orthosympathique, comme semble le prouver leur coexistence avec des dermatoses de cette catégorie telles que l'urticaire, le dermatographe.

8° Les recherches orientées dans ce sens au point de vue thérapeutique aboutiront peut-être à un résultat.

9° En l'état actuel de nos connaissances, le traitement antisiphilitique préhumoral, préroséolique reste le plus sûr garant contre cette manifestation disgracieuse et révélatrice de la syphilis.

Vu : le Président de thèse,
JEANSELME.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Allen et Carrey Pratt.* — Preuve d'une association de la glande pinéale aux phénomènes de pigmentation (J. of exp. Zool. Woch., 11 novembre 1922).
- Thomas (André).* — Pathologie du sympathique (Soc. de neurol., 4 mai 1922 ; Rev. neurol., juillet 1922).
- Andry.* — Examen histologique des taches dans la syphilis pigm. généralisée (Ann. de Dermat., 1890, 3 s., I).
- Balzer.* — Syphilides (Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique, p. 503).
- Barcat.* — Contribution à l'étude de la syphilis pigm. Thèse de Paris, 1900-1901.
- Barrière.* — Contribution à l'étude de l'urticaire pigmentaire. Thèse de Lyon, 1910.
- Bokhart.* — Ueber pigment bei Syphilis (Monatschrift für Dermatologie und Syphilis, 1888).
- Brissant.* — Semaine médicale, 1901, p. 249.
- Brocq.* — Traité de Dermatologie pratique. Doin, 1907.
- Caillat.* — Thèse de Paris, 1903-1904.
- Carey, Pratt et Allen.* — J. of exp. Zool. Woch., 11 novembre 1922
- Danlos.* — Syphilides pigmentaires chez l'homme (Ann. de Dermat., 1898, 3 S., IX, 1142).
- Darier.* — Mélanodermies (Pratiques dermat., t. III, p. 472).
- Syphilides pigmentaires (Ann. de dermat., mai 1898).

Felugo. — Sur les rapports entre les syph., pigm. et la tuberculose (Gazz. degli ospedali et delle cliniche, 27 juillet 1922).

Fisson. — Syphilides pigmentaires. Thèse de Lille, 1887.

Fournier (A.). — Syphilide pigmentaire (Le Praticien 1884, VII, 605-608).

— Syphilide pigmentaire (Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1890, IV, 681).

Fratalli. — Histologie de la syphilide pigmentaire (Giornale italiano della malatie veneree dela pela ; Ann. de Dermat., 1896).

Freymann. — La leucodermie syph. (Dermat. Woch., 1922).

Gaskell, Walter et Holbrock. — The sympathetic nervous system in chiscare. Londres, 1920.

Gaucher et Milian. — Syphilides pigmentaires consécutives à roséole circinée localisée du cou (Soc. franç. de Dermat. 1874, V, 375):

Gaucher. — Pathogénie des pigmentations du cou dans la syph. (Gaz. Hôpit., Paris 1906, LXXIX, 759, 763).

Gemy. — Leucomelanodermie syph. (Soc. Franç. de Dermat., 1874, V, 375).

Gutmann. — Pigment. thoraco abd. unilat. avec troubles symp. associés.

Harvier. — Pathologie du sympathique, in Tr. de path. médic. Sergent, t. IX, p. 281-313.

Hazard. — Thèse de Bordeaux, 1892.

Holoway. — Americ. Journ. of the medic. Soc., août 1914.

Hudelo. — Soc. de dermat., février 1892.

— Leçons cliniques de l'hôpital Ricord, janvier 1910.

Klein. — Thèse de Paris, 1903.

Laignel-Lavastine. — Traité de la pathologie du sympathique, 1924.

Langdon-Brown. — The involuntary nervous system in chiseare,
Londres, 1920.

Langley. — The autonomic Nervous System., 1921.

Lewin. — Annales de la Charité. Berlin, 18^e année.

Maleff. — Contribution à l'étude de la syphilis pigmentaire
(Congrès international de dermatologie. Paris, 1889,
677).

Maireau. — Thèse de Paris, 1883-1884.

Matias. — Contribution à l'étude de la pathogénie des syphi-
lides pigmentaires. Thèse de Paris, 1909-1910.

Michel. — Contribution à l'étude des mélanodermies biliaires.
Thèse de Paris, 1902.

Milian. — Syphilides pigmentaires consécutives à une roséole
circinée du cou (Soc. franç. Derm., 1874).

Monneret. — Compendium médecine pratique, 8, p. 50.

Muller. — Das vegetative Nerven System. (Springer. Berlin,
1920).

Neisser. — Sur la leucodermie syphilitique (Ann. de Derm.,
1889, p. 185).

— Monatshefte, 1884.

— Ann. de Dermat., 1885, p. 182.

Pende. — Endocrinologia. Patologia e clinica degli organi a
secrezione interna, Milan, 1920.

Petresco. — Thèse de Paris, 1900-1901.

Pillon. — Thèse de Paris, 1857.

Pottenger. — Endocrinology, mars 1921.

Ravault. — Liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques
(Ann. de Dermat., 1903).

Renault. — Considérations relatives à la syphilis pigmentaire
(Semaine médicale, 1891, XI, 299).

— Notes relatives à l'histoire de la syphilis pigm. (Société
franç. de Dermat., 1891, II).

Renault. — Syphilis pigm. chez l'homme (Soc. franç. de Dermat., 1898).

Rollin. — Thèse de Paris, 1907.

Ronchi. — Contributio allo studio del syphiloderma pigmentaris primitivo (Riforma medica. Palermo, 1906, XVII).

Sainton. — Contribution à l'étude de la syphilis pigm. Thèse de Nancy, 1884-1885.

Tanturri. — Gazette des Hôpitaux, 1866, d. 26.

Walther Holbrock. — The involuntary nervous system. Londres, 1916.

Weill. — Contribution à l'étude des syphilides pigmentaires Thèse de Paris, 1903-1904.